

**CONDADO DE SAN BERNARDINO
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y COMPORTAMIENTO**

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE CONSULTA EXTERNA

1. Los servicios de consulta externa pueden incluir asesoramiento; diagnóstico; intervención de crisis; terapia personal, en grupo ó de familia; medicamentos; servicios de tratamiento diurno; entrenamiento en la vida cotidiana y trato social; orientación pre-profesional; y /o servicios de manejo de casos. Consultas externas son suministradas por miembros del grupo del departamento plan los cuales son profesionales titulados. (Usted podría ser responsable monetariamente por planificaciones de tratamiento y actividades de consulta que se lleven a cabo sin su presencia.)
2. Tratamientos de consulta externa podrían consistir en contacto entre profesionales y clientes, enfocándose en el problema expuesto y sensaciones asociadas, posibles causas del problema e intentos anteriores a adaptarse, y los posibles cursos alternativos de acción y sus consecuencias. La frecuencia y el tipo de tratamiento serán planeados por usted y el personal de tratamiento.
3. Se le informará por medio de una hoja separada de consentimiento, sobre cualquier medicamento psicotrópico que tenga que usar como parte del tratamiento.
4. Se espera que usted se beneficie de este tratamiento, aunque no hay garantías de esto. Los beneficios máximos se obtienen al asistir frecuentemente, pero se podría sentir peor temporalmente mientras esté en tratamiento.
5. De ser posible, se espera que usted pague (ó autorice pago de) todo ó parte del costo de tratamiento. La cantidad que usted pague depende de su capacidad de pago basado en sus ingresos y miembros de familia inmediata. Si se inicia acción legal para recaudar su cuenta, usted será responsable en pagar todos los honorarios razonables de abogado y costos de corte además de cualquier fallo en su contra.
6. La falta de mantener sus citas ó de seguir las recomendaciones de tratamiento, podría resultar en que se descontinúe su tratamiento. Si no puede mantener su cita, se espera que usted dé notificación a la clínica.
7. Toda la información y documentación obtenida durante el transcurso del tratamiento son confidenciales, y no será divulgada sin su consentimiento por escrito, excepto bajo las siguientes condiciones:
 - a. Como lo especifica las Practicas de Privacidad HIPAA, las cuales se le han entregado.
 - b. Usted es un(a) menor no-emancipado(a), está bajo tutela judicial de la corte, ó esta bajo el cuidado legal LPS (en estos casos otras personas como sus padres, la corte o la persona encargada de usted legalmente, pueden obtener toda la información acerca de usted);
 - c. Información acerca de todos los clientes que se reporta al Departamento de Salud mental del estado de California, como es requerido por ellos con propósitos de investigación y colección de datos (lo cual incluye su nombre e información de identificación);
 - d. Bajo ciertas circunstancias como se ha establecido por el código de bienestar publico e instituciones 5328, y las regulaciones federales HIPAA, las cuales puede pedir las y leerlas en cualquier momento.

Si las leyes de la confidencialidad el estado y las federales son diferentes, nosotros aplicamos la que le protege mas su información medica.
8. Usted tiene el derecho de aceptar, rechazar, ó parar el tratamiento en cualquier momento.
9. Durante el transcurso del tratamiento, doy autorización al Departamento de Salud Mental y Comportamiento del Condado de San Bernardino a que solicite y recibir pagos de beneficios médicos de cualquier plan de aseguranza de salud que me cubra, inclusive Medicare y programas relacionados con pago por asistencia pública.
10. Esta forma es para informar a las personas elegibles para Medi-Cal (incluye padres ó tutores de niños ó adolescentes con derecho a Medi-Cal) de lo siguiente:

Mi Aceptación y participación en el sistema de salud mental es voluntaria, y no es un requisito previo para tener acceso a otros servicios de la comunidad. Las personas mantienen el derecho de tener acceso a otros servicios de indemnización de Medi-Cal y tienen el derecho a pedir un cambio de proveedor, personal asistente, terapeuta, coordinador, y/ o encargado(a) del caso hasta donde lo permite la ley.

He leído lo anterior, y estoy de acuerdo en aceptar tratamiento, y además concuerdo con todas las condiciones indicadas aquí. Confirмо haber recibido una copia de este acuerdo.

Firma del Cliente

Imprima el Nombre del Cliente

Fecha

Firma del Testigo

Imprima el Nombre del Cliente

Fecha

Firma del Padre/Tutor/Conservador:

Imprima el Nombre del Cliente

Fecha